

UŻYTECZNOŚĆ POJĘCIA DEFICYTU I DEFektU W PROCESIE PSYCHOTERAPII*

THE USEFULNESS OF DEFICIT AND DEFECT CATEGORIES DURING THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPY

Krakowskie Centrum Psychodynamiczne

Kierownik: mgr Janusz Kitrasiewicz

Krakowski Ośrodek Terapii

Kierownik: mgr Barbara Woszczyna

deficit
defect
psychotherapy

Autor przedstawia aktualne koncepcje deficytu i defektu w odniesieniu do cech pacjenta oraz sposobów ich przejawiania się w relacji terapeutycznej. Nawiązuje też do znaczenia deficytu i konfliktu w powstawaniu zaburzeń osobowości. Artykuł poparty jest przykładami z pracy psychoterapeutycznej, przez co może być szczególnie pomocny w pracy klinicznej.

Summary: The aim of this article is to outline the usefulness of „deficit” and „defect” categories in the process of psychotherapy in psychodynamic terms. Because there is no common definition of these concepts, at first the author analyses how they are used in a clinical practice (we talk about e.g. „cognitive” or different „emotional” deficits, „organic” or „post psychotic” defects). Sometimes these phrases have very pessimistic connotation for the outcome of psychotherapy. The author refers to different psychoanalytic theories (e. g. H. Kohut, M. Balint, H. Deutsch, F. Pine) to show that these concepts have their origin in two sources. The first one is the accumulation of psychological and neuropsychological knowledge on the determinants of irreversible changes in patient’s personality. These changes result from brain dysfunctions, early relationships or developmental environment. The second source is the strong experience of countertransference inefficacy as well as limitations of psychotherapy as the method of facilitating positive changes in the patient’s life. Clinical examples are used to show therapeutic implications of the discussed concepts. The author focuses on the necessity of distinction between deficit and dissociation, interpersonal nature of deficit and defect diagnosis as well as the possible determinants and consequences of premature diagnosis of deficit or defect.

Wstęp

Celem mojego artykułu jest pokazanie klinicznej użyteczności pojęć deficytu i defektu, rozumianych zgodnie ze znaczeniem nadawanym im w obrębie współczesnego podejścia psychodynamicznego. Chciałbym opisać te pojęcia w dwojaki sposób: po pierwsze — przedstawić deficyt i defekt jako cechy pacjenta i jego środowiska rozwojowego; po

* Niniejszy artykuł jest zmodyfikowaną wersją wystąpienia pt. „Użyteczność pojęcia deficytu w psychoterapii pacjenta młodzieżowego” na konferencji Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży na temat „Pogranicza psychiatrii rozwojowej”, która odbyła się 24 maja 2009 roku w Łańcucie.

drugie — zająć się sposobem ich przejawiania się w relacji terapeutycznej. Takie ujęcie wydaje się dobrze korespondować z faktem, że inspiracja do uwzględnienia tych pojęć w procesie psychoterapii jest również dwójaka. Z jednej strony mają one swoje zakorzenienie w nowo powstających koncepcjach psychologicznych i neuropsychologicznych, pokazujących, każde w swoim specyficznym języku, emocjonalne lub mózgowie podłoże ograniczeń w funkcjonowaniu jednostki. Z drugiej strony inspiracji dostarcza doświadczenie kliniczne. Zanim jeszcze terapeutom przyszła w sukurs psychologia self i koncepcje neuropsychologiczne, doświadczali oni specyficznych problemów w procesie psychoterapeutycznym, pracując z pacjentami z przewagą deficytu, choć wtedy jeszcze nie stawiano takiej diagnozy. Próba intuicyjno-empatycznego zrozumienia tych pacjentów i problemów pojawiających się w trakcie psychoterapii, w szczególności w postaci odporności na zmianę i bezradności terapeuty, wydaje się drugim źródłem wiedzy o deficycie i defekcie. W tym sensie internalizacja tych pojęć okazuje się dla wielu terapeutów po prostu użyteczna w procesie terapii, na tej samej zasadzie, jak użyteczne są pojęcia oporu czy przeniesienia. W swoim opisie postaram się zwrócić uwagę na reakcje przeciwp przeniesieniowe oraz dylematy, pojawiające się u terapeutów pracujących z pacjentami z przewagą deficytu¹. Postaram się także zilustrować powyższe kwestie przykładami z pracy psychoterapeutycznej z pacjentami młodzieżowymi i dorosłymi.

Deficyt jako cecha pacjenta i jego otoczenia rozwojowego

Wbrew pozorom, w literaturze brak jest jednoznacznej definicji deficytu, co do której zgadzałyby się wszyscy autorzy, choć można przyjąć, że prawie każdy terapeuta ma jakieś intuicyjne rozumienie tego terminu, a także jakieś doświadczenia w pracy z pacjentami z przejawami deficytu. Tego typu definicję deficytu, jak się wydaje odpowiadającą intuicjom większości terapeutów, spotykamy wyrażoną nie wprost w pracy Edy Goldstein pt. *Zaburzenia z pogranicza* [1]. Autorka ta pisze, że deficyt to „brak lub niedorozwój pewnych elementów osobowości”. Przy tak szerokiej definicji rodzi się pytanie: o które elementy osobowości tu chodzi oraz jakie jest źródło braków lub niedorozwoju?

Jeśli przyjrzymy się językowi, którego używamy w praktyce klinicznej, to zauważymy, że najczęściej używamy pojęcia „deficyt” dookreślając obszar braku. Mówimy zatem o „deficytach poznawczych”, w tym „deficycie uwagi”, stanowiącym jeden z członów rozpoznania ADHD, „deficytach emocjonalnych”, „deficytach wychowawczych”, a także „deficytach superego” (kiedy chcemy opisać brak tzw. uczuciowości wyższej, np. u osobowości antyspołecznej). Mówimy też o deficycie symbolizacji, np. w psychosomatyce czy w zaburzeniach z przewagą destrukcyjnego acting-outu. Bardzo często, szczególnie w języku psychiatrycznym, deficyt lub defekt był tożsamy z nieadekwatnie używanym pojęciem tzw. organiki. Ponadto pojęcia te związane są z rozpoznaniem objawów negatywnych w psychozie; czasem wprost używa się określenia „defekt psychotyczny”.

¹ Wydaje się, że należałoby używać określenia „pacjent z przewagą deficytu”, a nie „pacjent deficytowy” lub „pacjent z defektem”, co staram się czynić w tym artykule. Pokazuje ono bowiem jasno, że diagnoza deficytu lub defektu nie wyklucza istnienia łatwiejszego do zmiany obszaru konfliktowego. W praktyce klinicznej raczej używane są szkodliwe skróty myślowe w stylu „pacjent organiczny”, które de facto stygmatyzują pacjenta i niszczą zaangażowanie terapeuty w proces prowadzenia jakichkolwiek zmian.

Przykłady innych braków to np. nieumiejętność odraczania gratyfikacji popędowych, utrata „wewnętrznego opiekuna” na skutek traumy, niemożność uspokojenia się, tzw. pierwotna aleksytymia i inne. Jest to zatem bardzo szeroka kategoria psychoterapeutyczna obecna wprost lub implicite w bardzo różnych diagnozach nozologicznych i psychodynamicznych (np. autyzm, psychozy, lęk paniczny, zaburzenia jedzenia, zaburzenia psychosomatyczne, zaburzenia osobowości). Wydaje się, że pojęcia „defektu” używa się w zwyczajowym języku klinicznym na oznaczenie trwalszego lub poważniejszego uszkodzenia.

Nieco inną perspektywę przedstawia Fred Pine [2, s. 132], który proponuje, aby wyraźnie rozróżnić pojęcia deficytu i defektu. Deficyt definiuje jako „braki wystarczającej odpowiedzi środowiska — zazwyczaj pierwotnych opiekunów”. „Tak naprawę — pisze Pine — zawsze jest jakaś odpowiedź, zatem takie ujęcie oparte jest na założeniu, że optymalny rozwój jednostki wymaga przeciętnego oczekiwanego wkładu opiekunów”. Pine parafrazuje tu pojęcia Winnicotta: musi zaistnieć wystarczająco dobre rodzicielstwo bądź zostać stworzone psychologiczne otoczenie, które jest wystarczająco wspierające (podtrzymujące), tak, aby rozwój jednostki przebiegał prawidłowo. Jak więc widzimy w ujęciu Pine’a deficytowość jest raczej cechą środowiska, natomiast to, co zostało wcześniej określone jako deficyt, Pine proponuje określać mianem defektu. Definiuje go jako coś, co znajduje się wewnątrz osoby i dotyczy wadliwego rozwoju funkcji ego, tj. cech obronnych, adaptacyjnych, związanych z testowaniem rzeczywistości. Zatem efektem deficytu może być defekt.

Spośród wszystkich przytoczonych określeń w obrębie współczesnej psychoanalizy najpopularniejsze jest pojęcie deficytów emocjonalnych. Stało się to za sprawą twórcy psychologii self Heinza Kohuta i jego następców. Kohut zwrócił uwagę na kliniczne konsekwencje niezaspokojenia dwóch podstawowych potrzeb dziecka, decydujących o tym, jak w przyszłości będzie regulowane jego poczucie własnej wartości: potrzeby odzwierciedlenia i potrzeby idealizacji. Tworząc pojęcia „niedostatecznie stymulowanego self” i „osobowości spragnionej lustra” pokazywał bolesne konsekwencje niewystarczająco ciepłego, akceptującego reagowania na potrzebę dziecka, aby czuć się ważnym, potrzebnym oraz mającym silnego, dającego poczucie bezpieczeństwa i tożsamości opiekuna (tzw. self-obiektu) [3]. Pozbawione miłości dziecko nieświadomie uwewnętrznia obraz siebie jako ciężaru, przeszkody, jako kogoś niewartego uwagi i miłości, co w destrukcyjny sposób wpływa na jego relacje z ludźmi. Wyraża się to albo chłodem, skrajną nadwrażliwością na własnym punkcie, nieumiejętnością kochania albo kompensacyjną, wyższościową fasadą narcystyczną.

Obecnie zaś pojęcie deficytu emocjonalnego występuje w opozycji: deficyt versus konflikt przy okazji rozważań dotyczących powstawania ciężkich zaburzeń osobowości, tzn. osobowości narcystycznej i borderline. Stanowisko konfliktowe, najpełniej reprezentowane np. przez Kernberga, a także, z pewnymi różnicami, przez Mastersona, decydującą rolę wyznacza tu realnej traumie, mechanizmowi rozszczepienia oraz konstytucjonalnej agresji. W odróżnieniu od tych autorów, reprezentanci psychologii self podkreślają decydującą rolę deficytu w powstawaniu zaburzeń borderline. Wspomniana już Goldstein [1] jako przykład takiego stanowiska przywołuje koncepcję Adlera i Buie [4]. W ich koncepcji deficyt specyficznie związany z etiologią zaburzeń z pogranicza definiuje się jako brak zdolności dziecka do tzw. pamięci ewokacyjnej. Pamięć ewokacyjna to „pojawiająca się

około 18. miesiąca życia zdolność dziecka do przywołania wspomnienia obiektu mimo jego nieobecności, będąca wynikiem wystarczająco dobrego macierzyństwa przed fazą ponownego zbliżenia. Dobrze ukojenie przez matkę pozwala dziecku uwewnętrznić tę zdolność i zintrojektować dobre obiekty. Zdolność do pamięci ewokacyjnej jest przez pewien czas krucha i zanika, jeśli dziecko zostaje poddane przedłużającej się separacji od matki. Jej nabycie umożliwia dziecku większą autonomię, ponieważ zdolność do zapamiętania obecności matki wyposaża je w umiejętność samoukojenia. Pozwala przezwyciężyć niszczące poczucie osamotnienia, paniki lub depresji, powodowane przez separacje od osób znaczących” [4, cyt. za 1, s. 77–78].

Jak słusznie wskazuje Pine [2], opozycja: konflikt versus deficyt wydaje się fałszywa. Podaje następujący przykład. Wyobraźmy sobie dziecko, które z powodów temperamentalnych stawia przed troskliwą, wystarczająco empatyczną matką wysokie wymagania związane z jego poziomem lęku, pobudliwości, wrażliwości na separację. Przy okazji niesprzyjających okoliczności życiowych, np. choroby, matka nie ma możliwości ukojenia go. Nagromadzone frustracja i wściekłość w znaczący sposób upośledzają zdolność dziecka do tworzenia dobrego obrazu obiektu, ponieważ pragnienie emocjonalnego ciepła wchodzi w silny konflikt i jest niszczone przez destrukcyjne, sadystyczne impulsy związane z urazem. W konsekwencji, dziecko mające wystarczająco wspierające środowisko nie jest w stanie z niego korzystać w celu uzyskania zdolności do samouspokojenia i trwałej więzi, w której przeważałoby przywiązanie i wdzięczność. W tym sensie twierdzenia Kernberga o roli czynników wrodzonych oraz rozszczepieniu i roli rzeczywistej traumy nie kłóciłyby się z Kohutowskimi stwierdzeniami, że późniejsze deficyty biorą się z braku. Wydaje się, że mechanizm ten leży u podłoża dramatu niektórych rodziców adopcyjnych. Pamiętam z superwizji grupowej pewną pacjentkę, którą prowadziła moja koleżanka. Dziewczynka zgłosiła się na terapię w wieku szesnastu lat, była adoptowana w drugim roku życia. Cechowała się olbrzymią impulsywnością i naprzemienną skłonnością do przeżywania silnej nienawiści, i odreagowywania jej, oraz jednocześnie „przylegania”, skracania dystansu. Sprawiała wrażenie, że nie jest w stanie w żaden sposób podporządkować się i skorzystać z troski i doświadczeń rodziców adopcyjnych, jak również z tego, co wnosiła terapeutka. Odbijało się to mocno m.in. na jej kłopotach związanych z późniejszymi fazami rozwojowymi, np. z tożsamością psychoseksualną. Zamiast tego, rozpaczliwie broniąc się przed separacją z pierwotnym obiektem, utrzymywała wyidealizowany obraz biologicznej matki, której nigdy nie widziała. Pojawiająca się we wczesnej adolescencji skłonność do deidealizacji rodziców w dramatyczny sposób zaktywizowała konflikt z jej wczesnego dzieciństwa i stała się przyczyną późniejszego deficytu.

Drugi przykład pochodzi z mojej praktyki i dotyczy pacjentki, której skłonność do przeżywania silnej wściekłości na przemian z olbrzymim chłodem, brakiem empatii i poczuciem krzywdy stała w wyraźnej sprzeczności z dobrym obrazem rodziny, jaki wyłaniał się w trakcie terapii. Długo nie mogłem zrozumieć tej rozbieżności, dopóki pacjentka nie powiedziała, że w drugim roku życia musiała przejść poważny zabieg medyczny. Z relacji matki wie, że została wówczas unieruchomiona w aseptycznym pomieszczeniu, gdzie w obawie przed zakażeniem nikt, włącznie z matką, nie mógł jej dotykać przez dwa tygodnie. Matka opowiedziała pacjentce, że kiedy próbowała ją po tym wszystkim przytulić, ta ją konsekwentnie odpychała. To odpychanie, teraz bardziej w formie symbolicznej, było

później znaczącą cechą pacjentki, bardziej przejawiającą się w jej miłosnych relacjach z mężczyznami niż z matką.

Oczywiście rozumienie problemów obu przywołanych pacjentek w kategoriach deficytu ma status niesprawdzalnej hipotezy, zależy mi tu jednak przede wszystkim na pokazaniu hermeneutycznej wartości tego pojęcia.

Niewątpliwie, uzupełnienie myślenia diagnostycznego pojęciami deficytu i defektu wzbogaciły praktykę psychoterapeutyczną. Do momentu pojawienia się tych pojęć doszukiwano się psychologicznych przyczyn problemów emocjonalnych w różnorodnych konfliktach wewnętrznych. Najpierw, w obrębie klasycznej teorii popędów, były to konflikty pomiędzy różnymi instancjami psychiki, np. impulsami popędowymi id a moralnymi zakazami superego. Później zostało to uzupełnione przez Melanię Klein i jej zwolenników pojęciem konfliktu w obrębie jednej instancji, co np. widoczne jest w ambiwalentnej walce tendencji destrukcyjnych i wdzięczności. Uwzględnianie pojęć defektu i deficytu czasem uznaje się za jedno z kryteriów odróżniających klasyczną psychoanalizę, tradycyjnie nastawioną na wychwycenie treści konfliktowych w materiale wnoszonym przez pacjenta, od współczesnego podejścia psychodynamicznego, starającego się wyczuć konstytucjonalne i psychologiczne ograniczenia pacjenta. Zrywa się przy tym z dychotomicznym, ostrym rozdzieleniem deficytu organicznego od deficytu psychologicznego i z odpowiadającym mu ostrym rozdzieleniem leczenia biologicznego od psychoterapii na rzecz postrzegania problemów pacjenta jako wyniku interakcji czynników biologicznych i psychologicznych. Dzieje się tak nie tylko z tego powodu, że wciąż nie potrafimy powiedzieć, czy to czynniki psychologiczne powodują defekt organiczny, czy też odwrotnie, ale również dlatego, że istnieje coraz więcej danych wskazujących, że skuteczna psychoterapia wywołuje zmiany na poziomie organicznym [5].

Sposoby przejawiania się deficytu i defektu w relacji terapeutycznej

Kiedy przyjrzymy się sytuacjom, w których wprost lub w sposób niejawnym sięgamy po pojęcia deficytu lub defektu, to zauważymy, że bardzo często w gruncie rzeczy skrywają one diagnostyczną bądź terapeutyczną bezradność. Są używane jako eufemistyczny zwrot określający, że natrafiliśmy u pacjenta na pewną niezmienną lub trudno modyfikowalną cechę. Nie jest to w sensie terapeutycznym podejście uzasadnione, jak będę starał się wykazać, w trakcie terapii można bowiem również mówić o *wyrównywaniu deficytu*.

Można postawić tezę, że zwiększająca się popularność tego pojęcia, podobnie jak i całej psychologii self, jest przede wszystkim wyrazem potrzeby terapeutów stworzenia teorii pozwalającej im zrozumieć własne reakcje przeciwprzeniesieniowe, pojawiające się w kontakcie z pewną grupą pacjentów, wobec których klasyczna teoria popędów, psychologia ego i kleinizm jawią się jako niewystarczające. Pacjenci przejawiający deficyty istnieli od zawsze i kiedy z perspektywy czasu czytamy Freuda, Fenichela i innych, to widzimy, że intuicje dotyczące deficytu znajdowały swój wyraz np. w rozważaniach o trudno zamienialnych, tzw. oralnych cechach charakteru. Nawet w psychoanalitycznym rozumieniu patologii nerwicowej, które podkreśla decydujące znaczenie nieświadomych konfliktów intrapsychicznych dla wystąpienia objawów, znajdujemy odniesienie do deficytu, jakim jest tzw. słabość ego [5]. Do powstania nerwicy przyczynia się nie tylko

konflikt, ale i słabe ego, które nie jest w stanie znaleźć sensownego kompromisu pomiędzy sprzecznymi wymaganiami związanymi z popędowością a wymaganiami stawianymi przez rzeczywistość oraz nasze superego.

Koncepcje dotyczące deficytów pojawiały się w historii psychoanalizy zarówno przed Kohutem, jak i po nim. Przekonanie o roli deficytu w sensie Kohutowskim można znaleźć np. w koncepcji „osobowości jak gdyby” z lat 30. XX wieku, autorstwa Helen Deutsch [6]. W artykule „Niektóre formy zaburzeń emocjonalnych i ich związków ze schizofrenią” Deutsch opisuje przykłady pacjentek, którym w sensie materialnym i pielęgnacyjnym niczego nie brakowało, jednakże nie zdołały one nawiązać takiej relacji, która pozwalałaby im wykształcić stabilne poczucie tożsamości. Pacjentki te, czasami oddane w dzieciństwie pod opiekę obcych im osób, były jak filmowy Zelig — upodobniały się całkowicie do znaczących postaci, z którymi akurat były w relacji, aczkolwiek podobieństwo to było mechaniczne, bez cech spontanicznej kreatywności. Wyraźnie było to widoczne, kiedy relacje te były nagle zrywane i znajdowany był nowy obiekt, którego mogły imitować. Deutsch zwróciła uwagę na pewną bardzo istotną cechę kontaktu z takimi pacjentami, zauważaną również przez osoby nie zajmujące się terapią. Mówiono, że jest w nich coś dziwnego, co trudno określić. Ta „dziwność” w procesie psychoanalizy okazywała się poczuciem powierzchowności więzi, pustki, braku głębszej empatycznej relacji. O jednej z takich pacjentek Deutsch pisze: „Pacjentka nigdy nie skarżyła się na brak uczucia, ponieważ nigdy nie była tego braku świadoma. Jej relacja z rodzicami była wystarczająco silna, aby mogła uczynić ich bohaterami swej fantazji. Jednakże w sposób oczywisty nie były to warunki umożliwiające powstanie ciepłej i dynamicznej konstelacji edypalnej, która ukształtowałaby zdrowe życie psychiczne z umiejętnością przeżywania zarówno pozytywnych, jak i negatywnych uczuć. Nie wystarczy, że rodzice są po prostu obecni i mogą stanowić pożywkę dla fantazji. Dziecko, żeby rozwinąć normalne życie emocjonalne, musi zostać w pewnym stopniu realnie uwiedzione przez libidinalną aktywność rodziców. Musi doświadczyć ciepła matczynej ciała, a także wszystkich nieświadomie uwodzicielskich zachowań kochającej matki związanych z zaspokajaniem jego cielesnych potrzeb. Musi bawić się z ojcem i mieć z nim wystarczająco intymny kontakt, by poczuć jego męskość. Wszystko po to, by impulsy popędowe dały początek konstelacji edypalnej” [6]. Konsekwencją takich braków rozwojowych jest osobowość, którą Deutsch nazywa „jak gdyby” — jak gdyby posiadającą niektóre uczucia, pasje, relacje, czyli jak gdyby posiadającą głęboko zakorzenioną tożsamość, a w gruncie rzeczy „pustą”.

Popularność poglądów Kohuta czasem przesłania pionierski wkład innego wybitnego psychoanalityka w tę problematykę, a mianowicie Michela Balinta. W latach 60. XX wieku przedstawił on koncepcję podstawowego deficytu (basic fault), mówiącą o charakterologicznych konsekwencjach braku odpowiedzi wadliwego (faulty) środowiska dziecka na jego psychobiologiczne potrzeby pojawiające się w preedypalnym okresie rozwoju. Postawił także tezę, że tylko niektóre z tych konsekwencji są odwracalne, w innych zaś psychoterapia może tylko uczyć pacjentów, jak żyć z pewnym defektem. Balint wskazywał na ograniczoność klasycznej techniki psychoanalitycznej w leczeniu takich pacjentów [7].

Śledząc powyższe koncepcje można zauważyć, że określenia deficytu i defektu pojawiają się nie tylko po to, aby pogłębić rozumienie pacjenta, ale również, aby wyrazić niektóre przeciwpreniesieniowe odczucia terapeutów w postaci pewnego braku. Każdy, wystar-

czająco długo pracujący terapeuta zna to odczucie, czasem obecne od początku kontaktu z pacjentem, a czasem po lepszym poznaniu go. Odwołujemy się w swoich komentarzach lub zachowaniu do czegoś, co dla nas jest oczywistością, do pewnej zdolności lub czegoś, co, zgodnie z pewnymi normami kulturowymi, *powinno* być częścią życiowego doświadczenia pacjenta, a nie dostajemy od niego odpowiedzi. Czujemy, że nie rozumie. Utkwiła mi w pamięci mina pewnej aleksytymicznej pacjentki, wyrażająca szczerą dezorientację i zdziwienie, kiedy jej powiedziałem, że wydaje się smutna. To nie był opór w terapii, ani zwykle wyparcie; poczułem, że ona nie może mi szczerze odpowiedzieć, nawet gdyby chciała, choć mogła długo opowiadać o dolegliwościach somatycznych.

Zajmijmy się teraz kwestią rozpoznawania deficytu i defektu i możliwością ich wyrównywania w procesie psychoterapii. W podejściu psychodynamicznym diagnoza ma charakter procesualny. Fenomenologiczny opis objawów jest tylko początkiem, który w procesie terapii powinien zostać odniesiony czy zinterpretowany w kategoriach intrapsychicznego życia pacjenta (mechanizmów obronnych typu lęku, dominującego wzorca relacji z obiektem, obrazu siebie). Zakłada się tutaj olbrzymią użyteczność przeciwprzeniesienia, a także fakt, iż intrapsychiczne problemy pacjenta znajdują najczęściej swoje symboliczne odbicie w kształcie relacji terapeutycznej. Jest to nie tyle diagnoza (jako coś statycznego), ile diagnozowanie — ciągle formułowanie hipotez, które są weryfikowane poprzez skuteczność oddziaływań terapeutycznych bądź jej brak. W takim ujęciu, choć brzmi to paradoksalnie, to, co dolegało pacjentowi, staje się dla terapeuty w miarę jasne pod koniec terapii. Wydaje się, że ta sama reguła powinna obowiązywać w odniesieniu do diagnozy deficytu i defektu. Paradoks polega tu na tym, że diagnoza ta (niewyrównywalnego deficytu) w pewnym stopniu zostaje potwierdzona przez porażkę terapeutyczną. Można też mówić o tym, że pewien deficyt został wyrównany lub osłabiony, czyli o sukcesie, choć znajdują się zapewne tacy, którzy powiedzą, że skoro coś udało się zmienić, to nie był to deficyt. Wydaje się, że większy pesymizm i trwałość uszkodzenia jest konotowana w pojęciu defektu.

Ze względu na wspomniane, procesualny charakter diagnozy, deficyt, oprócz przypadków skrajnych, nie powinien być rozpoznawany zbyt wcześnie. W praktyce klinicznej bywa z tym różnie, bo trudno o entuzjazm terapeutyczny, kiedy spotykamy się z pacjentem po kolejnej dekompensacji psychotycznej, niejako niweczącej osiągnięte wcześniej postępy. I choćbyśmy poznali dużo wyników badań mówiących o istotności dobrej relacji terapeutycznej dla procesu zdrowienia i zapobiegania nawrotom psychozy, to łatwo w takim momencie zwątpić w sens kolejnego angażowania się w kontakt terapeutyczny lub nawiązać go w sposób mechaniczny, zaprzeczając wewnętrznemu poczuciu bezsensu i pesymizmowi. Nieświadomie zaczynamy wówczas traktować pacjenta jakby miał tylko nieodwracalne deficyty i pozbawiony był obszarów konfliktu. De facto jednak to, czy mamy do czynienia z deficytem, czy nie, stanie się dla nas w miarę jasne dopiero po dłuższym okresie procesu terapeutycznego.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że poruszana tu problematyka powinna być w szczególny sposób uwzględniana przez terapeutów osób z psychozami, jako że to właśnie ta grupa pacjentów czasem wzbudza u terapeuty trudne do wytrzymania poczucie wyczerpania i pesymizmu. Istotną kwestią wydaje się tu rozeznanie, w jakim stopniu całkowita rezygnacja z poznania wewnętrznego świata przeżyć pacjenta wyłącznie na rzecz rehabilitacji

psychospołecznej jest rzeczywiście wyrazem adekwatnej diagnozy ograniczeń pacjenta, a w jakim zgeneralizowaną reakcją przeciwprzeniesieniową, przedwcześnie wykluczającą jakiegokolwiek elementy pracy wglądowej. Inną kwestią jest pytanie o to, jak dużo takich niepowierzchownych, efektywnych relacji terapeutycznych z takimi pacjentami jest w stanie realnie unieść przeciętny terapeuta.

Piotr Drozdowski napisał [5], że deficyt to pojęcie relacyjne, czyli, że może się okazać, że to, co w jednej diadzie terapeutycznej jest deficytem trwałym, w innej będzie deficytem wyrównywalnym. Jeden terapeuta „ociępli” „niedokochanego” pacjenta z deficytami, a inny nie.

Chciałbym ponadto zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo, którego sam doświadczyłem, a mianowicie pomylenia deficytu z dysocjacją. Oba zjawiska psychiczne mogą dawać podobne odczucie niedostępności, braku pewnych doświadczeń w życiu pacjenta. Prowadzę 19-letnią pacjentkę, która zgłosiła się na terapię 2 lata temu. Zgłaszała objawy depresyjne, w moim odczuciu niejasna była także kwestia jej tożsamości psychoseksualnej. Na początku pacjentka wywoływała u mnie duże poczucie bezradności, a także niesamowitą senność, niezależnie od mojego stanu psychofizycznego. Wydawała się w ogóle nie reagować na terapię — jak gdyby chciała z niej skorzystać (była bardzo zmotywowana), ale nie umiała tego zrobić. Miałem wyraźne poczucie, że trwale brakuje jej witalności, zdolności do odczuwania przyjemności, w tym również związanych z dojrzeniem i popędowością. Pierwszym krokiem z mojej strony było zwiększenie liczby sesji terapeutycznych, a dopiero drugim — superwizja, podczas której pojawiła się sugestia, że nie można wykluczyć deficytu. I nagle, w trakcie jednego ze spotkań, pacjentka opowiedziała o traumie — próbie gwałtu przez wujka, kiedy miała siedem lat. Od tamtej sesji moja senność zniknęła i pojawiło się wiele ważnych treści konfliktowych w obszarze jej seksualności. Chociaż niektóre aspekty funkcjonowania tej pacjentki nadal łączyłem z istnieniem deficytu, to jednak proporcję pomiędzy deficytem a konfliktem spostrzegałem od tamtej pory zupełnie inaczej.

Zastanówmy się, jak pojęcie deficytu wpływa lub powinno wpływać na sposób pracy. W podejściu psychodynamicznym za główne czynniki lecznicze uważa się wgląd i identyfikację z terapeutą. Niewątpliwie przy pracy z pacjentem przejawiającym deficyty dużo większe znaczenie ma ten drugi czynnik. Mniejsze znaczenie ma to, co mówimy, a bardziej — jak mówimy, a nawet to, jacy jesteśmy. To właśnie dlatego terapeuci różnią się pod względem umiejętności pracy z pacjentem obciążonym deficytem. Kilingmo [8], podobnie jak Balint i w pewnym sensie Kohut, napisał, że kiedy natrafiamy na deficytowy obszar pacjenta, powinniśmy porzucić tradycyjną, wycofaną technikę pracy na rzecz podejścia wspierającego, co zresztą, przy zachowaniu empatycznego kontaktu, często robimy bezwiednie. Można prowokacyjnie stwierdzić, że wielu terapeutów diagnozuje deficyt nie wiedząc o tym. Robią to za każdym razem, kiedy odruchowo porzucają technikę wglądową bądź ekspresywną na rzecz wspierającej. Klasyczna reguła neutralności i abstynencji emocjonalnej terapeuty bywa dla tych pacjentów bardzo traumatyzująca, ponieważ, przy ich wrażliwości na emocjonalne opuszczenie, odnawia się stara trauma. Zamiast tego lepsza jest relacja dostarczająca, w pewnej mikroskali, doświadczeń, których wcześniej zabrakło. Można postawić tutaj tezę, że najlepiej mogą to robić bądź najmłodszy, idealistycznie zaangażowany terapeuta, z racji małego jeszcze doświadczenia ignorujący ograniczenia psychoterapii, bądź w sposób bardziej świadomy terapeuta doświadczeni,

w większym stopniu wyzwoleni spod wewnętrznej, ambicjonalnej presji osiągnięcia w miarę szybkich sukcesów terapeutycznych i potwierdzenia w ten sposób swojej wartości². Natomiast odmienna strategia wydaje się właściwa w stosunku do deficytów czy defektów, które terapeuta diagnozuje jako nieodwracalne. Wówczas należałoby z tym pacjenta skonfrontować (np. że ma i będzie miał pewną cechę lub, że taki już jest), aby uruchomić w nim proces analogiczny do procesu żałoby po stracie i towarzyszyć mu w nim. Ponadto wydaje się, że z pewną grupą pacjentów musimy się wówczas zdecydować na pracę, która zawiera wiele elementów psychoedukacyjnych, wychowawczych. Np. pacjenci z tzw. organicznym mikrouszkodzeniem mózgu wymuszają na nas nie tylko elastyczność techniki terapeutycznej, ale i dbałość o przejrzystość i prostotę kierowanych do nich komentarzy [9]. Generalnie, rozpoznawanie deficytów jest procesem bardzo trudnym, subtelnym, a jeżeli myślimy, jako terapeuci, o dostarczeniu pacjentowi korektywnych doświadczeń, to wymusza to długoterminowość terapii.

W jakim okresie życia diagnozujemy deficyty i defekty? Wydaje się, że większość defektów i deficytów jest obecna od dzieciństwa, jednak stają się one w pełni wyraziste w okresie dorastania. Adolescencja jest okresem rozwojowego przyspieszania i często to jest moment, kiedy deficyty jako pewne zahamowanie rozwoju wyraźnie się ujawniają poprzez kontrast z szybkim rozwojem rówieśników. Sprawia to wrażenie, jakby rówieśnicy wystartowali w wyścigu, a pacjenci obciążeni deficytem zostali w blokach startowych. To również wtedy mamy wyraźne odczucie dysharmonii w rozwoju, np. pomiędzy rozwojem emocjonalnym a intelektualnym. Deficyt superego, chociaż zauważalny wcześniej, staje się prawdziwym problemem właśnie w adolescencji, kiedy brak adekwatnego poczucia winy i hamowania emocji zaczyna iść w parze z rozwiniętym ciałem i większym rozeznanieniem, jak łamać zasady, aby nie ponieść konsekwencji. W terapii młodzieży mamy do czynienia z wieloma nastolatkami, którym czegoś ważnego w rozwoju zabrakło. Należy jednak pamiętać, że jest to okres bardzo chłonny, w którym istnieją duże możliwości kompensacyjne, pozwalające wyrównać deficyty. Terapeuta nie powinien tej szansy zaprzepaścić. Wydaje się jednak, że diagnoza deficytu w okresie dorastania powinna być stosowana bardzo ostrożnie, ponieważ dość długo nie możemy mieć pewności, czy mamy do czynienia z opóźnieniem rozwojowym czy z trwałym brakiem.

Na koniec chciałbym wspomnieć o pewnym pacjencie, którego rozwój przebiegał w stronę schizoidalną. Po raz pierwszy spotkałem Marcina przy okazji prowadzenia grupy terapeutycznej dla młodzieży, kiedy miał 14 lat³. Po zakończeniu terapii grupowej prowadziłem go później siedem lat w kontakcie indywidualnym. Doświadczyłem wówczas wielu dylematów związanych z pytaniami, czy różne cechy jego oraz jego środowiska rodzinnego uznać za deficytowe, a jeśli tak, to w jakim stopniu są one możliwe do wyrównania przeze mnie, a w jakim powinienem się pogodzić z ich specyfiką i np. wspierać wysiłki pacjenta w kierunku uzyskania renty psychiatrycznej. Takie rozwiązanie ułatwiłoby mu życie, jak

² Mc Williams przywołuje w jednej ze swoich książek [10] postępowanie Fridy Fromm-Reichmann w stosunku do ciężko chorych, psychotycznych pacjentów. Celowo przydzielała im młodych, zaangażowanych terapeutów, którym czasem udawało się tym pacjentom pomóc, ponieważ nie wiedzieli, że są oni „nieuleczalni”.

³ Dane oraz niektóre fakty z życia wszystkich opisywanych w tekście pacjentów zostały zmienne.

pojmowała to jego matka, ale byłoby również rezygnacją z walki o jego rozwój. Z kolei rozbudzanie w nim nadziei na studia, rodzinę itd. mogło się okazać w konsekwencji frustrujące lub wręcz skutkujące poważnym załamaniem. W historii pacjenta obecny był epizod niedotlenienia okołoporodowego i niektóre z jego zachowań i specyficznych trudności, np. dysleksja, problemy w nauce języków obcych, niezgrabność ruchowa, a także wyniki testów, wskazywały na znaczący udział czynników biologicznych w jego trudnościach edukacyjnych i społecznych. Jednocześnie jego umiejętność werbalizacji była na wysokim poziomie, miał duży zasób słownictwa, chętnie wchodził w intelektualną wymianę, choć rzadko prowadziła ona do poczucia, że jest się blisko niego. Bardzo często, szczególnie na początku terapii, Marcinowi było trudno określić swoje stany wewnętrzne. Dopytywany, jaki ma stosunek do różnych spraw, mówił, że są one dla niego neutralne. W trakcie całego procesu byłem wielokrotnie konfrontowany z uporczywymi zachowaniami, nie poddającymi się na początku zmianie poprzez konfrontację. Były to np. trwające wiele lat spóźnienia, niemożność poluzowania psychotycznej symbiozy z matką, upieranie się, aby mył go ojciec, nawet wtedy, kiedy miał już 18 lat, aby szkoła dostosowywała się do jego specyficznych trudności, i wiele innych. Przede wszystkim zaś rzucał się w oczy brak jakichkolwiek kontaktów społecznych i chęci zmiany tego stanu. Również terapeuci i lekarze zajmujący się chłopcem wcześniej lub równoległe dawali sygnały rezygnacji. W trakcie jego wcześniejszego pobytu w szpitalu pojawiły się sugestie, aby zaakceptować jego ograniczenia, doradzać mu raczej naukę zawodu niż wymarzone przez niego studia humanistyczne. Wywoływało to we mnie mieszane uczucia: z jednej strony zgody z tymi opiniami, z drugiej — negacji i rywalizacji z innymi profesjonalistami, jako że wyczuwałem u chłopca duży potencjał zmiany. To tak jakby jego terapeuci byli podzieleni w swoich przeciwprieniesieniowych reakcjach na tych, którzy współbrzmiali z jego wewnętrznym pesymizmem, i na tych, którzy wbrew faktom upierali się co do możliwości zmian.

Za kluczowy moment w terapii uważam sesję, na którą Marcin przyszedł z postanowieniem wycofania się z edukacji w ogóle i zostania w przyszłości pustelnikiem. W mojej opinii coraz wyraźniejsze stawały się mechanizmy schizoidalne, grożące całkowitą izolacją i rezygnacją ze świata społecznego, czego metaforą było „zostanie pustelnikiem”. Rozważał również rezygnację z terapii. Zareagowałem dość emocjonalnie, tym bardziej że sam powoli traciłem nadzieję na lepsze życie dla chłopca. Kilka kolejnych sesji minęło na przekonywaniu go, jak wielkie zagrożenie dla jego rozwoju stanowi pójdzie ta droga. Tym, co go ostatecznie przekonało, były jego potrzeby popędowe. Kiedy powiedziałem, że bycie pustelnikiem — metaforycznie czy dosłownie — oznacza rezygnację z kontaktów z kobietami, „teraz i na zawsze”, Marcin wyraźnie się „obudził”. Uznał, że samotność, a w szczególności brak dziewczyny są jego rzeczywistymi problemami i w ten sposób niejasna obietnica uczestniczenia w świecie męsko-damskim uratowała terapię.

Moja postawa była daleka od neutralności. Wprost złościłem się na pacjenta, gdy nadużywał swoich problemów, aby uzasadnić niepodjęcie wysiłków na rzecz zmiany, i gdy nie chciał zrezygnować z niedojrzałych narcystycznych gratyfikacji. Wyrównywanie deficytów w czasie trwania terapii przybierało różne, nie zawsze bezpieczne, formy, co wynikało z niezrozumienia przez pacjenta reguł życia społecznego. Marcin np. zaczął chodzić na ulicy lub w parku dziewczyny, które mu się podobały, skarżąc się na samotność, i proponował chodzenie. Na jednej z sesji zaprosił mnie do swojego domu, ale zażądał też

rewizyty oraz poznania mojej żony, której nie widział, ale której bardzo był ciekaw. Każde takie zachowanie wymagało cierpliwego wyjaśniania reguł, których Marcin nie rozumiał bądź które negował. Na przemian byłem zdumiony poziomem ignorancji chłopca, czasem zasmucony, ale też przeciwprzeniesieniowo gratyfikowany odgrywaniem roli przewodnika, towarzyszącego w poznawaniu świata. Miałem natomiast wyraźne odczucie, że pacjent doświadcza pewnych stanów ducha (np. konieczności pogodzenia się z odrębnością bliskiej osoby) po raz pierwszy w życiu.

Patrząc na te terapie z perspektywy czasu, mogę dostrzec, jak pewne cechy, które wydawały się trwałe, okazały się możliwe do modyfikacji. Marcin stał się młodym mężczyzną, żywym emocjonalnie, znacznie lepiej rozumiejącym reguły życia społecznego, względnie krytycznie odseparowanym od matki. Dostał się na wymarzone studia, choć jego edukacja nie odbywa się bez korzystania z pewnych ulg. Jak sam mówił, raczej ich nie skończy, ze względu na niemożność opanowania języków obcych, i zaczął się z tym godzić. Nawiązał kontakty społeczne, choć były one sporadyczne i nietrwałe. Wiele z tych zmian dokonywało się ku mojemu zaskoczeniu, a w nim budziły one nadzieję, że może uda się osiągnąć więcej niż na początku zakładał.

Z drugiej strony wielu zachowań nie udało się zmienić. Postawiony Marciniowi warunek, aby wytrzymał terapię grupową dla dorosłych, nigdy nie został spełniony. Nie udało się za bardzo zwiększyć jego samodzielności w zakresie higieny i codziennych czynności, ani przekonać jego rodziców do postawienia mu wyraźnej granicy, aczkolwiek w tym obszarze pojawił się już neurotyczny wstyd i pewna poprawa. Ku mojemu zaskoczeniu, trudne do modyfikacji okazały się cechy narcystyczne chłopca — konieczność rezygnacji z niektórych dzieciennych przyjemności, odraczania gratyfikacji itp.

Podaję ten przykład, aby zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt poruszanej problematyki. Pojęcia deficytu i defektu mają swoją dużą użyteczność, właściwie rozumiane ułatwiają terapeutę cierpliwość, wspieranie; wyzbywają z nadmiernej chęci wyleczenia pacjenta, stawiania nierealistycznych celów terapeutycznych, frustrujących obie strony. Ponadto, pozwalają objąć psychoterapią pacjentów, którzy wcześniej by się do niej nie kwalifikowali. Ma to szczególne znaczenie dla podejścia psychodynamicznego, które czasem błędnie jest utożsamiane tylko z klasyczną teorią popędów. Zarzucano temu podejściu bardzo niewielką przydatność kliniczną, ograniczoną tylko do pacjentów nerwicowych. Pojęcia te są jednak również niebezpieczne w tym sensie, że źle rozpoznane mogą oznaczać przedwczesną rezygnację z podejmowania wysiłków terapeutycznych, z walki o pacjenta, z pogodzeniem się z czymś, co być może dałoby się zmienić.

Wielu autorów podkreślało, że w procesie diagnozy terapeutycznej nie zawsze wystarczająco brany jest pod uwagę nieświadomy wpływ przeciwprzeniesienia na sposób rozumienia pacjenta przez terapeutę. Wspominam o tym dlatego, żeby zapobiec mylnemu przekonaniu, że samo odczucie bezradności terapeuty można rozumieć jako jednoznaczny wskaźnik występowania u pacjenta defektu lub deficytu. Czasem jest odwrotnie — u pacjenta rozpoznawany jest deficyt tylko z tego powodu, że terapeuta z różnych, często osobistych, powodów nie daje mu nadziei na zmianę.

Wydaje się, że wiele z poruszonych w tym artykule kwestii wymaga dalszych badań. Wiele z postawionych tu hipotez rodzi nowe pytania i niejasności. Dookreślenia wymagają chociażby same kwestie definicyjne, relacja pomiędzy pojęciami deficytu, defektu

i konfliktu, rodzaje spotykanych deficytów i defektów w praktyce psychoterapeutycznej. Ważne byłoby np. szczegółowe przyjrzenie się optymalnemu sposobowi pracy w stosunku do poszczególnych rodzajów deficytów.

Piśmiennictwo

1. Goldstein EG. Zaburzenia z pogranicza. Gdańsk: GWP; 2003.
2. Pine F. Diversity and directions in psychoanalytic technique. New Haven and London: Yale University Press; 2003.
3. Kohut H, Wolf ES. The disorders of the self and their treatment: an outline. *Int. J. Psycho-Anal.* 1978, 59: 413–425.
4. Adler G, Buie DH. Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *Int. J. Psychoanal.* 1979: 83–66.
5. Drozdowski P. Psychoterapia psychodynamiczna. Kraków. <http://www.psychodynamika.pl/index.php/page/materialy-szkoleniowe/0-psychoterapia-psychodynamiczna.html>; 2007.
6. Deutsch H. Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Quart.* 1942; 11: 301–321.
7. Balint M. Basic fault: therapeutic aspects of regression. Northwestern University Press; Evanstone, Illinois 1992.
8. Kilingmo B. Conflict and deficit: implications for technique. *Int. J. Psychoanal.* 1989; 70: 65–79.
9. Ślosarczyk M. Wybrane problemy psychoterapii pacjentów z tzw. mikroorganicznym uszkodzeniem mózgu. *Psychoter.* 2008; 2 (145): 45–53.
10. Mc Williams N. Psychoanalytic psychotherapy: a practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2004.

Adres: Krakowskie Centrum Psychodynamiczne
ul. Zamoyskiego 56, 30-523 Kraków